

**CERTIFICAZIONE SUPERVISORE
PROGETTO SPERIMENTALE**
approvato con delibera della Giunta Provinciale n. 744 del 29/4/22

Io sottoscritto Supervisore di Medicina Generale _____

CERTIFICO

Di aver effettuato la supervisione del tirocinante dott.

dal mese di _____ al mese di _____

Per un totale di _____ mesi;

La **valutazione complessiva** è stata:

POSITIVA

NEGATIVA

Il medico di medicina generale Supervisore <hr/> <i>(Timbro e firma)</i>	Per presa visione e autocertificazione studio e autoapprendimento guidato Il tirocinante <hr/> <i>(firma)</i>
---	---

Data

Consegnato il.....

La segreteria.....

Il tirocinante.....